

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1913-1914. — N° 118

*Travail de la Clinique des Maladies cutanées et vénériennes
de l'Antiquaille*

TRAITEMENT
DES
Névrodermites circonscrites chroniques

PAR LA
RADIOTHÉRAPIE SUR SCARIFICATIONS

THÈSE
PRÉSENTÉE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Et soutenue publiquement le 23 Avril 1914

PAR

LOUIS ROMANET

Né le 2 mai 1889, à Saint-Jean-de-Bournay (Isère)



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE ET Cie

14, rue Bellecordière, 14

1914



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1913-1914. — N° 118

*Travail de la Clinique des Maladies cutanées et vénériennes
de l'Antiquaille*

TRAITEMENT
DES
Névrodermites circonscrites chroniques
PAR LA
RADIOTHÉRAPIE SUR SCARIFICATIONS

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Et soutenue publiquement le 23 Avril 1914

PAR

LOUIS ROMANET

Né le 2 mai 1889, à Saint-Jean-de-Bournay (Isère)



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE ET Cie

14, rue Bellecordière, 14

1914

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ. DOYEN.
J. COURMONT ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE,
LEPINE, PIERRET, BEAUVISAGE, LACASSAGNE

PROFESSEURS

Cliniques médicales.....	MM. TEISSIER.
Cliniques chirurgicales.....	ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements.....	BARD.
Clinique ophtalmologique.....	BÉRARD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques...	TIXIER.
Clinique des maladies nerveuses et mentales.....	FABRE.
Clinique des maladies des enfants.....	ROLLET.
Clinique des maladies des femmes.....	NICOLAS.
Physique médicale.....	LÉPINE J.),
Chimie médicale et pharmaceutique.....	WEILL.
Chimie organique et Toxicologie.....	POLLOSSON (A.)
Matière médicale et Botanique.....	CLUZET.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	HUGOUNENQ.
Anatomie.....	MOREL.
Anatomie générale et Histologie.....	MOREAU.
Physiologie.....	GUIART.
Pathologie interne.....	TESTUT.
Pathologie et Thérapeutique générales.....	RENAUT.
Anatomie pathologique.....	MORAT.
Médecine opératoire.....	COLLET.
Médecine expérimentale et comparée.....	LESIEUR.
Médecine légale.....	PAVIOT.
Hygiène.....	POLLOSSON (M.)
Thérapeutique.....	COURMONT (P.)
Pharmacologie.....	ETIENNE MARTIN.
	COURMONT (J.).
	PIC
	FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire.....	MM. DOYON.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.....	LANNOIS.
Pathologie externe.....	VALLAS.
Maladies des voies urinaires.....	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale.....	MM. BARRAL, agrégé.
Propédeutique chirurgicale.....	BERARD, —
Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN, —
Chirurgie infantile.....	NOVÉ-JOSSERAND, —
Accouchements.....	COMMANDEUR, —
Embryologie.....	LATARJET, —
Anatomie topographique.....	PATEL, —
Botanique.....	BRETIN, —
Chirurgie expérimentale.....	VILLARD, —
Clinique infantile.....	MOURIQUAND, —
Déontologie et médecine professionnelle.....	X.

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL.	LATARGET.	MOURIQUAND	FROMENT
COMMANDEUR.	BRETIN	ARLOING (F.)	THEVENOT (Lucien)
NEVEU-LE MIRE	LERICHE	GUILLEMARD	PIÉRY
LAROYENNA	THEVENOT (Léon)	POLICARD	COTTE
VORON.	TAVERNIER.	GARIN	DUROUX
NOGIER.	CADE	SAVY	

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. NICOLAS, président ; CLUZET, assesseur ;

MM. CADE et FAVRE, agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE

A. ROMANET

ÉTUDIANT EN DROIT

A MON PÈRE, A MA MÈRE

*Faible témoignage d'affection
et de reconnaissance*

A LA FAMILLE CHAVASSE

A MADEMOISELLE JANE

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR NICOLAS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR CLUZET

A MONSIEUR LE PROFESSEUR
AGRÉGÉ CADE

MÉDECIN DES HOPITAUX

A MONSIEUR LE DOCTEUR FAVRE

MÉDECIN DES HOPITAUX

AVANT-PROPOS

Nous n'aurions garde de manquer à l'heureuse tradition, qui permet à l'étudiant en médecine, au moment de soutenir sa thèse inaugurale, de remercier publiquement les maîtres, du précieux enseignement desquels il a particulièrement bénéficié et aussi tous ceux qui, revêtus de fonctions moins officielles, n'en consentent pas moins à faire profiter ceux qui s'adressent à eux, de leur savoir et de leur expérience.

Nous remercions M. le Professeur Nicolas du grand honneur qu'il nous fait en présidant notre thèse; nous nous rappellerons toujours des leçons si claires et des chimiques magistrales du Maître.

Nous avons eu recours aux conseils de M. le chef de clinique Moutot et du Docteur Jaubert de Beaujeu. Ils nous ont toujours accueilli avec bienveillance; nous leur en exprimons toute notre gratitude.

Nous avons suivi avec le plus grand intérêt les

leçons magistrales de MM. les Professeurs Bérard, Fabre, Roque et Teissier.

Nous voudrions mieux que par des mots exprimer notre profonde reconnaissance à nos maîtres de l'hôpital Saint-Luc : M. le Professeur agrégé Siraud, chirurgien en chef, M. le Docteur Jacquau, chef du service ophtalmologique, et M. le Docteur Fay. Pendant nos années d'internat, nous nous sommes efforcés de profiter de leurs leçons au lit du malade et à la salle d'opérations. Nous en gardons un souvenir ému et leur adressons l'expression de notre vive gratitude.

Nos remerciements iront aussi à M. le Professeur agrégé Thévenot pour le bienveillant intérêt qu'il prenait à nos études.

MM. les chefs de clinique obstétricale Bourret et Rhenter nous enseignèrent, pendant nos séjours à la Maternité, l'art des accouchements. Nous les en remercions vivement.

Nous assurons de notre profonde reconnaissance les Docteurs Chalendar, Giraud et Papillon, qui furent pour nous des guides éclairés et des amis.

A nos camarades, et particulièrement au Docteur Rolland, dont l'amitié ne s'est jamais démentie, nous adressons nos vœux les plus sincères. Nous conserverons un excellent souvenir des années passées avec eux, dans une douce intimité de gaieté et de travail.

Enfin, nous remercions les familles Chalendar et Pitiot, dont les affectueux sentiments nous aidèrent à traverser les heures de tristesse et qui surent s'associer à nos joies comme à nos chagrins.

CHAPITRE PREMIER

Les Lichens

On est frappé de trouver, dans les divers traités de dermatologie, le mot de lichen n'avoir plus du tout la même signification, suivant qu'on l'étudie chez les vieux auteurs anglais ou français, tels que Willan, Bateman, Bielt, Cazenave, Devergie, Gibert, Bazin, ou suivant que l'on consulte les auteurs viennois, Hébra et ses élèves.

Les anciens dermatologistes entendaient par lichen, toute une série d'affections papuleuses et généralement prurigineuses qui formaient un groupe hétéroclite n'ayant, comme caractère général, que l'infiltration des téguments.

Avec Hébra, la terminologie dermatologique fut révolutionnée. Il appela lichen, les affections seules qui, pendant toute leur durée, se traduisent par des

papules, sans qu'elles soient précédées d'une lésion élémentaire quelconque.

Dès lors deux affections formaient ce groupe :

Le lichen ruber, dont la conception s'est modifiée depuis.

Le lichen scrofulosorum, qui ne répond pas au postulat de la définition d'Hébra lui-même.

Cette réaction ne prévalut pas. Le premier E. Vidal, en 1886 et en 1889, s'éleva contre cette conception, mais il nous faut arriver en 1890 et 1896 pour voir les dermatologistes accepter les idées de Vidal, grâce aux travaux de L. Brocq. Cet auteur, en créant la théorie de la lichenification, permit de comprendre tous les faits ambigus qui, jusque-là, avaient dérouté la plupart des observateurs. On a donc rattaché de nouveau au lichen, une affection qui, sous l'empire des idées exclusives de Hébra, avait été classée dans les eczémas : le lichen simplex ou lichen circonscrit, que nous appelons avec Brocq névrodermite chronique circonscrite, parce que nous considérons le prurit de cette affection comme d'origine nerveuse. Sabouraud cependant donne à la lichenification une origine microbienne, due au streptocoque, mais il nous semble que Brocq et Jacquet, dans leurs nombreux travaux, ont démontré que les lésions décrites par Sabouraud n'étaient pas réellement des lésions de lichenification.

Pour nous, la névrodermite chronique circonscrite est le type de la lichenification primitive circonscrite.

CHAPITRE II

La névrodermite chronique circonscrite

Il nous semble légitime de faire une description sommaire de ce que Brocq entend par névrodermite chronique circonscrite.

DÉBUT

La névrodermite chronique circonscrite débute par un prurit limité en un point quelconque du corps, et presque toujours intermittent. Tout d'abord aucune lésion cutanée n'est visible. Peu à peu les téguments s'altèrent, sous l'influence de grattages; ils prennent une teinte à la fois bistre et rosée, un aspect finement grenu et chagriné. A ce moment apparaissent par place des pseudo-papules minuscules, aplaties, mal délimitées, légèrement brillantes. Peu à peu ces lésions s'accroissent.

PÉRIODE D'ÉTAT

La forme générale est alors celle d'une plaque plus ou moins étendue, de dimensions variables, on y peut distinguer trois zones :

La zone externe est rosée ou brun jaunâtre; à ce niveau, le derme a un aspect velvétique, provenant de l'hypertrophie des papilles. On y remarque un quadrillage fin et serré constitué par des sillons parallèles entre eux, croisés à angle plus ou moins droit, par d'autres sillons parallèles, et formant des carrés ou des losanges. Du côté de la périphérie, cette zone, qui peut du reste faire défaut, se confond avec la peau saine.

La zone moyenne comprend des petits éléments papuleux, irréguliers, arrondis souvent, hérissés de saillies représentant le sommet des papilles du derme hypertrophiées et accolées. Ces papilles roses ou brunâtres, grosses comme des têtes d'épingles, souvent excoriées par le grattage, n'ont ni la régularité, ni l'aspect brillant du lichen plan et ne présentent pas à leur surface les stries blanchâtres qu'on observe dans cette affection. Elles sont disséminées ou confluent pour former une plaque d'infiltration.

La zone interne montre la lésion à son plus haut degré. Nous y voyons des téguments infiltrés, épaissis. Sa coloration est rouge ou pigmentée, avec un quadrillage recouvert d'excoriations ou de squames blanchâtres et adhérentes.

SIÈGE

Les plaques uniques ou multiples se développent surtout à la partie interne et supérieure des cuisses, aux coudes, au cou, au pli interfessier, à la partie supérieure et interne des jambes, quelquefois au scrotum, aux grandes lèvres, à la ceinture. Cependant elles peuvent siéger sur n'importe quelle partie du corps.

ETIOLOGIE

Les névrodermites chroniques circonscrites se rencontrent plus souvent chez la femme que chez l'homme.

Elles se développent ordinairement chez des sujets névropathes, ayant des professions sédentaires. Les violentes perturbations du système nerveux, les chagrins, les soucis, les émotions, les frayeurs ont une influence évidente sur leur apparition. On peut en dire autant des changements de saison, des fortes chaleurs, des intoxications diverses. Les névrodermites coïncident souvent avec une névrose, notamment avec l'hystérie. Ou bien les sujets qui en sont atteints ont un tempérament arthritique ; même chez quelques-uns, on peut voir une alternance s'établir entre les manifestations arthritiques et les manifestations cutanées.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic différentiel doit être fait :

1^o Avec l'eczéma vulgaire.

La névrodermite en diffère par la priorité du prurit, par son mode d'apparition et par l'éruption qui est absolument sèche.

2^o Avec le prurigo d'Hébra le diagnostic se fait par la présence dans cette affection de papules pseudo-urticariennes.

3^o Avec le lichen plan les papules dans cette affection sont polygones, brillantes, avec dépression centrale le plus souvent et stries de Wickham.

4^o Avec les prurits essentiels, dénomination mauvaise car dans les névrodermites le prurit peut être qualifié d'essentiel. Avec Besnier et Brocq, nous appelons névrodermies, ces affections où le prurit existe seul et dans lesquelles, malgré les grattages, les téguments ne subissent aucune altération.

Pour dire névrodermites, disent Brocq et Besnier, il faut que les téguments soient modifiés dans leur vitalité, de telle manière qu'ils réagissent sous l'influence des grattages, dans le sens de la lichenification.

EVOLUTION

La névrodermite chronique circonscrite débute donc par un prurit intense, quelquefois incessant, plus souvent intermittent, revenant par accès qui

peuvent chez certains malades, amener par leur intensité, de véritables crises nerveuses. Le malade souffre, tant que par des grattages répétés il n'a pas amené l'excoriation de la région prurigineuse. L'influence du grattage sur la production de l'éruption est évidente, puisque Jacquet arrive à faire affaiblir rapidement les lésions par un enveloppement hermétique de la région, qui soustrait cette dernière pendant quelque temps aux grattages. Mais le prurit est tellement intense, qu'il est extrêmement rare de trouver des malades qui puissent supporter cet enveloppement hermétique.

A part ces cas, où la plaque disparaît spontanément et où les tissus redeviennent minces et souples, la lichenification fait son apparition. Souvent les névrodermites se compliquent, grâce aux grattages de pyodermite, impetigo, ecthyma, furoncles, abcès.

DURÉE

Elle est au moins, disent les auteurs, de plusieurs mois, souvent de plusieurs années. Les récidives sont fréquentes.

CHAPITRE III

Les traitements de la névrodermite

Nous allons examiner rapidement les différentes méthodes préconisées pour le traitement de la névrodermite circonscrite chronique.

Le parallèle entre la thérapeutique en usage et le traitement par radiothérapie sur scarifications mettra en lumière la supériorité de notre méthode.

A côté du traitement général, nous pouvons distinguer : *a)* l'hydrothérapie ; *b)* les méthodes non sanglantes ; *c)* les méthodes sanglantes ; *d)* l'électrothérapie ; *e)* la radiothérapie.

TRAITEMENT GÉNÉRAL

On ne saurait négliger le traitement général. Il doit répondre à deux indications :

1^o Eviter tout ce qui peut exciter le système nerveux ;

2^o Calmer l'excitabilité du système nerveux.

On prescrira aux malades atteints de névrodermite le repos. On leur fera cesser leurs occupations dans la mesure du possible ; on leur recommandera d'éviter les soucis, les émotions. L'air de la campagne et même de la montagne leur est favorable.

On a remarqué, dit Darier, que dans la classe pauvre, où le repos à la campagne ne peut être ordonné, l'hospitalisation amène toujours une amélioration ; l'exeat est souvent suivi d'une prompte récurrence.

Le régime alimentaire sera celui de tous les prurigineux : on leur interdira les aliments irritants de tout ordre.

Les anciens auteurs préconisaient des médicaments internes tels que : valériane, valérianates, polybromures, antipyrine, cacodylate de soude. De même certains préconisent actuellement la phénacétine, l'exalgine, le citrophène. L'arsenic fut même donné comme spécifique par Brocq.

Tous les auteurs tels que Besnier, Brocq, Jacquet, Darier, Audry s'accordent à reconnaître la non efficacité de toute médication interne.

L'HYDROTHERAPIE

Les cures hydrominérales ont été préconisées par Leredde, qui recommande surtout les eaux indiffé-

rentes, Nérès, Luxeuil, en France ; Schlangenbad, en Allemagne ; Ragatz, en Suisse.

Brocq envoie ces malades à la Bourboule lorsque la nervosité n'est pas très développée et à Saint-Gervais lorsqu'il y a des tendances marquées à des complications d'eczématisation brusque à type inflammatoire.

La cure hydrothérapique de Divonne paraît à Leredde pouvoir donner des résultats précieux.

L. Jacquet préconise les douches sédatives, d'après sa méthode. D'autres emploient les douches chaudes, l'éponge, sans aucun résultat appréciable.

Ces cures ne donnent qu'une amélioration du prurit, elles n'agissent pas sur les lésions de lichénification. Elles ont surtout l'avantage de mettre le malade au repos et de l'enlever à son milieu ordinaire et à ses soucis.

Quoiqu'il en soit, aucun de ces traitements n'est apte à guérir la névrodermite, et on ne peut les considérer que comme des adjuvants du traitement local.

MÉTHODES NON SANGLANTES

Ce sont surtout les topiques, les pommades qui ont eu les faveurs des anciens auteurs. D'après Brocq, les meilleurs topiques sont ceux qui, en exerçant sur les parties malades, une action médicamenteuse, les couvrent hermétiquement et évitent toute excitation venue du dehors. Quand la région malade est enflammée, suintante, croûteuse, il faut

la nettoyer et calmer l'irritation soit par des cataplasmes de fécule de pommes de terre, faits à chaud ou à froid, soit par des enveloppements humides à l'eau bouillie.

Quand la névrodermite est pure, les auteurs recommandent les emplâtres. Nous ne ferons qu'énumérer les principales substances qui ont été introduites dans la fabrication de ces emplâtres. Les uns y incorporent de l'huile de foie de morue, du naphthol, de l'ichtyol, de l'oxyde de zinc, de la glu, de la résorcine, de l'huile de cade, du goudron. Les autres de l'acide salicylique, de l'acide pyrogallique, de l'acide chrysophanique, du sapolan, du naphthalan. Nous citerons encore l'emplâtre rouge de E. Vidal, l'emplâtre blanc du codex, le mélange de Lailier, la pommade de Brocq.

Tous ont été essayés. Le nombre de ces médicaments dit assez leur inefficacité. Cet arsenal thérapeutique est de plus en plus abandonné comme moyen de guérison.

MÉTHODES SANGLANTES

L. Jacquet a essayé avec succès les scarifications linéaires quadrillées pratiquées régulièrement. Lorsque les plaques se fissurent, Jacquet les badigeonne avec des solutions de nitrate d'argent au 1/20 et les enduit de lanoline. Cette méthode lui aurait donné de notables améliorations dans tous les cas traités et souvent des guérisons.

Les scarifications linéaires sont accessibles aux

praticiens isolés, qui ne peuvent faire suivre leurs séances de scarifications par des séances de radiothérapie; elles donnent de bons résultats. Elles ont l'inconvénient de nécessiter un nombre considérable de séances; elles exigent une grande patience de la part du malade et de son médecin.

En somme, méthode le plus souvent trop lente, mais que la radiothérapie peut rendre très rapide.

ELECTROTHÉRAPIE

En France, on se sert couramment dans le traitement des névrodermites circonscrites de l'électricité statique et de la haute fréquence. Il semble qu'à l'étranger cette méthode est beaucoup moins employée.

Leloir et Doumer, de Lille, emploient les bains statiques secs. Ils en obtiennent des résultats variables.

Gauthier, Larat et Guimbail préconisent les bains hydro-électriques à courants sinusoïdaux, mais il ne semble pas qu'ils aient des guérisons nombreuses avec leur méthode.

Brocq emploie le souffle électrique ou l'effluve au moyen d'un balai de chiendent tenu à 20 ou 25 centimètres de la plaque.

Les effluves de haute fréquence semblent efficaces, surtout à l'heure actuelle où la technique a été bien décrite par Tesla, d'Arsonval et Oudin. Les courants de haute fréquence amènent au niveau de la peau une dilatation vasculaire et une anesthésie assez pro-

longée. Les démangeaisons s'améliorent, mais la guérison réelle est longue et n'est pas définitive.

En résumé, l'électrothérapie, sous toutes ses formes, est une bonne méthode pour diminuer et même guérir le prurit du début des névrodermites circonscrites, mais elle a peu d'action sur la plaque lichenifiée. La guérison par l'électrothérapie arrive rarement et quand elle est obtenue, ce n'est qu'après un temps très long, au prix de maintes recommandations aux malades qui sont toujours portés à couvrir leurs plaques de névrodermite d'emplâtres ou de colles quelconques dans l'intervalle des séances d'électrothérapie.

RADIOTHÉRAPIE

Suivant en cela l'engouement pour toute chose nouvelle, les dermatologistes essayèrent l'action des rayons X sur les plaques de névrodermite chronique circonscrite. Au début, les résultats furent faussés par les accidents de radiodermite. A l'heure actuelle, où la technique est bien précisée et où l'osmo-régulateur de Villard, couramment employé, permet de régler l'appareil radiothérapique au gré de l'opérateur, il semble que les applications de cette méthode donne de bons résultats (Scholtz, Belot).

Nous ne croyons pas cependant que cette thérapeutique donne toujours la guérison. Pour Besnier, Brocq et Jacquet, la radiothérapie donne presque constamment de bons résultats immédiats dans les prurits circonscrits avec lichenification au bout de

deux ou trois séances d'environ trois H chacune, pratiquée avec des rayons peu pénétrants. Le prurit diminue pour ainsi dire toujours, souvent même il disparaît complètement et les plaques s'affaissent. Malheureusement les récidives sont à craindre au bout de trois à cinq mois.

Nous nous en tenons à l'avis de MM. Moutot et Jaubert de Beaujeu, pour qui, après de nombreux essais de traitement par la radiothérapie, les résultats sont assez longs à obtenir très souvent, et ne sont pas toujours favorables.

La *radiumthérapie*, nouvelle méthode de traitement encore peu au point, consiste à faire absorber par les tissus malades les émanations des sels de radium. On emploie, soit le rayonnement global (α , β , γ), soit des rayons (β très durs, γ) triés et sélectionnés grâce à des filtres. Cette méthode, préconisée par Wickam, Degrais et Dominici, a déjà à son actif plusieurs échecs et plusieurs récidives (Brocq et Simon).

En résumé, toutes les méthodes précédentes, poussées à l'excès, dès leur découverte ou employées à l'exclusion de toute autre, se sont révélées ou insuffisantes ou trop lentes à donner un résultat certain. « Souvent, disent MM. Moutot et Jaubert de Beaujeu, malgré toute thérapeutique les lésions et le prurit subsistent.

« L'échec des traitements locaux et généraux pour des cas rebelles antérieurs avait amené l'un de nous à utiliser rapidement, comme préconisées par différents auteurs, comme les méthodes les meil-

leures : les scarifications ou la radiothérapie. Devant des résultats favorables assez longs à obtenir, très souvent avec l'une ou l'autre méthode, nous avons eu l'idée pour renforcer leur action de les associer, Nous avons obtenu, dans le traitement des névrodermites circonscrites de Brocq, des résultats favorables et prompts par la radiothérapie sur scarifications. La méthode originale, par le fait de cette association non préconisée jusqu'ici, nous a paru supérieure aux autres. »

CHAPITRE IV

Historique

Le traitement des névrodermites circonscrites par scarifications, quoique né d'hier, a déjà passé par plusieurs phases avant d'en arriver actuellement à son degré de perfectionnement. Il nous semble utile d'en faire un rapide exposé historique afin de montrer comment on en est arrivé à en faire un excellent procédé de traitement des névrodermites.

Diviser ou dilacérer, nous dit Brocq et Besnier, par de fines incisions un tissu pathologique pour favoriser sa cicatrisation normale, tel paraît être aujourd'hui le principe de la scarification.

L'idée n'est peut-être pas très nouvelle. En effet, dans l'antiquité, Hippocrate se servait de l'extrémité tranchante de l'ataktiglis pour pratiquer des scarifications punctiformes sur les téguments.

Vers la fin du ^{xv}^e siècle, Fabrice d'Aquapendente traitait les kéloïdes par des incisions. Mais cette méthode ne fut pas suivie et il nous faut arriver en 1865 pour voir réaliser les premiers essais.

A cette époque Angelo Dubrini, de Milan, qui traitait le lupus par le bi-iodure d'hydragyre, eut l'idée pour faciliter la pénétration du médicament et augmenter son efficacité, de cribler la peau de piqûres d'aiguilles. Pour ce faire, il inventa un scarificateur, qui fut perfectionné par ses imitateurs.

Wolkmann, de Halle, en 1870, fait précéder les scarifications d'un râclage au moyen de cuillers tranchantes de son invention. En 1874, Balmanno Squirre, de Londres, substitue aux scarifications ponctuées des scarifications linéaires, pratiquées parallèlement à une distance de quatre millimètres à l'aide d'un instrument ressemblant à une aiguille à cataracte.

Mais c'est à E. Vidal que revient l'honneur d'avoir précisé la technique des scarifications et d'avoir apporté un instrument pratique, dont on se sert encore de nos jours. Lenglet précise, dans la pratique dermatologique, la technique des scarifications, que Brocq reprend en 1907 dans son traité élémentaire de dermatologie pratique. C'est seulement L. Jacquet qui eut l'idée de traiter les névrodermites circonscrites par les scarifications. Au début ce dernier emploie les scarifications simples, puis dans la suite, s'inspirant du traitement du lupus, il badigeonne les surfaces scarifiées avec une solution de nitrate d'argent et les recouvre de lanoline.

Dans ces dernières années, pendant que les uns s'efforçaient de guérir les névrodermites par les scarifications, les autres essayaient l'action des rayons X.

La découverte de Röntgen en 1895 fournit un nouveau moyen de diagnostic : la radioscopie et la radiographie. Une autre application, aussi importante sinon plus de cette découverte, fut son application au traitement de certaines maladies par la radiothérapie. Nous pouvons considérer deux périodes dans l'évolution de cette application des rayons X : la période empirique et la période scientifique.

Période empirique. — Cette période va jusqu'en 1901-1902. Au début, à la suite de poses prolongées en radiographie, on eut des accidents tels que : chute des poils, rougeur, dermite. Schiff et Freund eurent alors l'idée d'appliquer ces accidents aux traitements de certaines maladies. Mais à ce moment la technique n'étant pas précisée, le temps de pose et la distance d'exposition des régions malades à l'ampoule variaient avec chaque opérateur, Robert Kienbock essaye le traitement rationnel par les rayons X et démontre que les effets constatés leur sont bien attribuables et ne proviennent pas d'actions électriques.

Oudin et Sabouraud, en France, confirment en tous points l'opinion de Kienbock, et Scholtz, après de nombreuses expérimentations sur les animaux, conclut dans le même sens.

Période scientifique. — Ce qui manquait surtout à la radiothérapie, c'était un moyen de mesurer la force, l'intensité, la pénétration des rayons employés. Il fallait mettre entre les mains des opérateurs un instrument thérapeutique qu'ils puissent régler suivant des indications bien précises.

Guido Holzknecht en inventant son chromoradiomètre fut le premier à faire de cette méthode thérapeutique une véritable science.

Les inventions se multiplient alors :

Béclère fait construire son spintermètre qui permet de mesurer la résistance électrique de l'ampoule et par là même le degré de pénétration des rayons.

Villard imagine une ampoule à osmo-régulateur qui permet de faire varier à volonté la résistance de l'ampoule.

Bordier construit un radio-chromomètre.

Puis Benoist invente son appareil « qui permet, dit Béclère, de classer les divers rayons Röntgen, d'après leur inégal pouvoir de pénétration, comme on classe les diverses radiations du spectre solaire, d'après leur inégal pouvoir de réfraction.

En 1903, Sabouraud et Noiré tentent de nouvelles expériences.

Les radiothérapeutes apportent d'année en année de nouvelles améliorations à l'instrumentation.

Munis de tous ces perfectionnements dans l'instrumentation radiothérapique, Belot en France, Scholtz et Oppenheim à l'étranger appliquèrent la radiothérapie au traitement des névrodermites circonscrites chroniques.

En résumé, les uns traitent la névrodermite par les scarifications simples, les autres par la radiothérapie seule. « L'originalité de notre méthode, écrivent MM. Moutot et Jaubert de Beaujeu, consiste dans l'association des scarifications et de la radiothérapie. En effet, l'une et l'autre avaient déjà été préconisées par différents auteurs, c'est ainsi que Vidal scarifiait les prurits rebelles pour les calmer par l'incision des terminaisons nerveuses. Jacquet a repris cette méthode et a montré qu'on pouvait améliorer et guérir les névrodermites chroniques par des incisions linéaires quadrillées pratiquées régulièrement. L'un de nous, qui avait déjà eu l'occasion d'utiliser les scarifications, en avait obtenu des résultats heureux, mais toujours au bout d'un temps long avec des séances très répétées.

« D'autre part, on trouve, dans les traités classiques, que la radiothérapie donne presque constamment d'excellents résultats immédiats dans les prurits circonscrits avec lichenification au bout de deux ou trois séances d'environ trois H chacune avec des rayons assez peu pénétrants. Nous avons déjà eu l'occasion de traiter quelques cas par cette méthode, les résultats n'avaient pas toujours été favorables et la guérison assez lente à se produire.

« Au contraire, dans les cas que nous avons eu jusqu'ici l'occasion de traiter, les résultats ont été des plus satisfaisants, et il nous paraît y avoir une supériorité certaine des deux méthodes associées sur chacune d'elles employée séparément. » (MM. Moutot et Jaubert de Beaujeu, *Lyon Médical*, 16 décemb. 1913).

CHAPITRE V

Technique

Nous arrivons à la partie la plus intéressante et la plus délicate de ce travail : la technique à suivre. Nous la décrirons avec précision et minutie.

Nous envisagerons successivement :

- a)* Les scarifications ;
- b)* L'hémostase ;
- c)* Les séances de radiothérapie ;
- d)* Les soins consécutifs.

A. — SCARIFICATIONS

En dermatologie, le mot de scarification a une signification différente de celle qu'il possède en médecine générale. Il signifie dilacérer ou diviser

un tissu pathologique par de fines incisions linéaires parallèles entre elles séparées les unes des autres par un intervalle d'un millimètre environ et, dont la profondeur et la longueur varient suivant la lésion. Cette première couche d'incisions linéaires est croisée par une seconde couche composées de coupures parallèles entre elles comme pour celles de la première couche et croisant ces dernières à angle aigu de façon à former des losanges plus ou moins allongés.

Instrumentation. — On se sert, pour pratiquer ces scarifications, d'un petit instrument connu des dermatologistes sous le nom de scarificateur de Vidal. De tous les scarificateurs c'est à peu près le seul employé actuellement, parce qu'il laisse à l'opérateur toute liberté pour diriger ses scarifications et leur donner la longueur et la profondeur voulues. En voici la description :

Il se compose d'un manche en nickel et d'une lame de 22 à 24 millimètres de longueur environ, de 2 millimètres et demi à 3 millimètres de large ; la moitié inférieure est mousse et arrondie sur les bords ; la moitié supérieure est à deux tranchants qui se rejoignent en formant une crête mousse sur chaque face ; l'extrémité forme un triangle, dont les côtés se coupent au sommet sous un angle de 60 à 70 degrés, de telle sorte que, dans sa partie terminale, ce scarificateur peut agir comme un bistouri ou comme une aiguille. En outre, grâce à sa petitesse, il permet une grande précision en des points fort limités.

Asepsie. — Brocq croit que l'asepsie rigoureuse préalable n'est pas nécessaire. Elle nous semble pourtant très utile. Elle se fera aussi soigneuse que possible avec des lavages répétés au moyen de coton trempé dans l'alcool à 90° et l'éther. En aucun cas, il ne faut faire des savonnages, car les savons ne font qu'augmenter le prurit (Leredde). L'asepsie devra largement dépasser la région à scarifier et sera recouverte, en attendant l'intervention, d'une compresse imbibée d'alcool éther.

L'instrument devra être aseptisé par l'ébullition ou tout au moins par le flambage. L'opérateur devra avoir les mains aseptiques.

Position du malade. — Brocq fait asseoir son malade sur une chaise, quand la région à scarifier le permet. Il trouve cette façon de faire plus facile, lui donnant plus de lumière et plus de sûreté de main. On immobilise la région à scarifier. S'il s'agit de la nuque on entoure, de son bras gauche, la tête du malade qu'on appuie fortement contre la poitrine de l'opérateur. Les doigts de la main gauche tendent fortement la région à scarifier, afin que les tissus ne seident pas ou ne glissent pas sous le scarificateur. On peut faire fixer, au besoin, la tête par un aide ou par le malade lui-même qui s'appuie fortement sur un plan résistant.

Besnier recommande de faire coucher le malade sur un lit d'opération. La région, quelle qu'elle soit, est ainsi fortement fixée et l'on n'a pas à lutter contre le malade. C'est ce procédé que nous employons, il

nous paraît le meilleur, car il évite les syncopes et les mouvements désordonnés du malade.

Anesthésie locale. — Brocq recommande de scarifier sans anesthésie locale. Ce procédé est préférable toutes les fois qu'on le peut. Il faut en tout cas éviter l'anesthésie locale par des pulvérisations de chlorure d'éthyle, d'éther ou du mélange de Richardson. Ces pulvérisations en effet rendent les tissus durs et blancs. On ne sent plus la différence de consistance entre les tissus sains et les tissus malades. De plus, on ne voit plus avec assez de netteté où siège le contour de la plaque de névrodermite, et on ne sait plus au juste où il faut scarifier.

Ces pulvérisations peuvent déterminer aussi des phlyctènes et des escarres. Enfin quand la circulation se reproduit, le malade éprouve de violentes douleurs et par vaso-dilatation consécutive l'hémorragie peut-être plus abondante que sans anesthésie.

Il faut donc, si on veut faire une anesthésie locale, recourir à la cocaïne, à la stovaïne ou à la novocaïne qu'on peut employer additionnées d'une solution d'adrénaline. Mais ces anesthésies locales ne peuvent être faites que si on veut agir sur une plaque unique et de peu d'étendue.

Mode opératoire. — Nous ne saurions mieux faire que de citer Brocq et Besnier, qui, après Vidal, ont manié plus que tout autre la scarification et en ont montré les avantages :

« De la main droite, solidement appuyée sur le

malade par le petit doigt ou par l'annulaire et le petit doigt, le médecin tient son instrument comme une plume à écrire avec assez de fermeté pour l'empêcher de dévier ou de rouler entre les doigts, mais en même temps, il doit avoir assez de souplesse pour que les doigts gardent toute leur finesse de tact et puissent apprécier les moindres différences de consistance des tissus.

Puis d'un mouvement net, rapide, qui doit se passer tout entier dans la main, sans participation du coude, ni de l'épaule, comme un dessinateur faisant des hâchures pour ombrer un dessin, il trace sur la peau une série d'incisions parallèles, qu'il recroise immédiatement d'une seconde série. Ces incisions doivent être courtes, égales, perpendiculaires aux téguments, de telle sorte que les tissus ne soient pas obliquement sectionnés.

C'est sur les bords de la lésion qu'il convient de les commencer. On scarifiera la surface en ayant grand soin d'empiéter largement sur la peau saine de trois ou quatre millimètres au moins.

La profondeur à laquelle doit pénétrer l'instrument dépend de chaque cas particulier. C'est en général la consistance du tissu morbide qui indique la profondeur à laquelle le scarificateur doit pénétrer. On doit aller jusqu'aux limites du mal et épargner les parties saines. On comprend, dès lors, l'importance que peut avoir la façon de tenir l'instrument.

B. — L'HÉMOSTASE

L'hémostase doit être faite avec le plus grand soin, en tendant la peau de la région scarifiée, de façon à maintenir écartées les lèvres des incisions. Elle est obtenue facilement par compression, avec des tampons de gaze hydrophile, mais parfois il faut savoir attendre une dizaine de minutes, car il ne doit persister aucun coagulum, au moment où on va procéder aux séances de radiothérapie.

Une hémorragie grave ne peut être à redouter ; en principe, on ne divise jamais le derme sur toute sa hauteur ; on ne peut donc léser que de petits vaisseaux. Aussi l'hémorragie, parfois abondante, des premières scarifications, s'arrête-t-elle très rapidement.

C. — LES SÉANCES DE RADIOTHÉRAPIE

Aussitôt après les scarifications, et une fois l'hémostase soigneusement faite, nous soumettons notre malade à l'action des rayons X. Nous nous servons de l'installation du service de radiothérapie dépendant de la clinique du Professeur Nicolas, que le docteur Jaubert de Beaujeu créa en 1909.

Instrumentation. — L'appareillage très simple, comprend : un interrupteur petit modèle de Ropiquet

à turbine et à gaz, branché directement sur la prise de courant sans rhéostat. Un transformateur intensif Ropiquet donnant 25 centimètres d'étincelle. Le circuit secondaire se compose d'un milliampère-mètre de Chauvin et Arnoux, gradué de 1 à 10 milliampères; une soupape à étincelle pour arrêter l'onde inverse; enfin, l'ampoule de Röntgen. Les tubes employés sont à réfrigération par eau et permettant de faire un grand nombre de séances consécutives sans détérioration de l'ampoule ni trop de changement dans son degré de dureté. Le tube est entouré d'une calotte protectrice en caoutchouc plombeux; il est maintenu par un support mobile de Klingelfuss (de Bâle) mobile en tous sens et qui permet de lui donner toutes les directions voulues. Une dynamo recevant un courant de 80 volts, fourni par un groupe électrogène, actionne la bobine.

Mode opératoire. — Nous traitons nos malades étendus sur une table; on arrive ainsi à atteindre toutes les régions, en modifiant par des coussins l'inclinaison de la région à traiter et en donnant à l'ampoule une direction convenable. La position assise donnerait peut-être des avantages quand la plaque de névrodermite siège sur la nuque, mais elle exigerait un matériel assez coûteux. Les zones à irradier sont délimitées par des plaques de plomb percées d'ouverture convenables. La distance entre la peau et l'anticathode a toujours été prise, dans nos séances, égale à 18 centimètres. Nous employons des rayons de dureté moyenne. A la première séance

nous ne plaçons pas de filtre sur le parcours des rayons, voulant agir tout d'abord sur les couches superficielles de la peau et améliorer de suite le prurit. A la seconde séance, nous plaçons un filtre d'aluminium de deux dixièmes de millimètres d'épaisseur afin d'arrêter ceux des rayons qui sont trop moux. La mesure de la quantité des rayons nécessaires s'est faite au début avec le chromoradiomètre de M. Bordier. Cet appareil se compose de pastilles de platinocyanure de baryum et d'une échelle de teintes graduées de 0 à 4. Pour faire une mesure, on place l'une de ces pastilles à côté de la région à traiter et l'on observe les différentes teintes qu'elle prend, en comparant avec l'échelle. La teinte 1 correspond à une quantité de rayons égale à 5H (unités Holznecht), quantité suffisante dans nos observations. Après de nombreux essais, l'installation a été étalonnée ainsi : il faut un milliampère au circuit secondaire, neuf minutes et une distance de 18 centimètres de l'anticathode à la peau, le degré radiochromométrique étant de 6-7, Benoist.

Nombre des séances. — Dans les quatre cas que nous avons eu l'occasion de traiter par notre méthode, nous avons fait deux ou trois séances de scarifications suivies immédiatement de l'application de la radiothérapie. Chez nos quatre malades nous avons eu, au bout de ce nombre peu élevé de séances, une guérison complète.

C. — SOINS CONSÉCUTIFS

Après ce traitement, le malade est laissé sans aucun topique local. Cependant on peut, si l'on veut, faire usage d'une préparation anesthésiante à la cocaïne ou d'une préparation antiprurigineuse du type de la pommade de Vidal, aux trois acides, mais à doses très faibles.

CHAPITRE VI

Observations. — Discussion

OBSERVATION I

Névrodermite chronique circonscrite de Brocq de la nuque, datant de trois mois. — Scarification. — Radiothérapie. — Guérison en deux séances.

R..., 38 ans, hospitalisée dans un service médical de Saint-Pothin, est adressée à la consultation de la clinique dermatologique pour des lésions prurigineuses de la nuque.

La malade ne peut préciser leur début. Il y a déjà environ trois mois que, dit-elle, elle a des démangeaisons du côté de la nuque. Celles-ci sont survenues sans cause appréciable, sans cause locale, pas de pédiculose.

Etat actuel (23 octobre 1912). — La malade présente à la partie postérieure du cou deux placards érythemato-papuleux. Chacun de la surface d'une pièce de 5 francs, la partie supérieure se prolonge dans le cuir chevelu. Ces placards ne

sont pas parfaitement limités. A leur périphérie se trouvent quelques lésions papuleuses aberrantes, si bien que leur aspect est celui typique des lésions de névrodermite chronique. La zone centrale est épaissie, surélevée avec une certaine infiltration. Il y a une accentuation très nette des plis de la peau, un véritable quadrillage. La surface à ce niveau est légèrement blanchâtre et squameuse. Ces squames sont très adhérentes. Il y a par le grattage production d'une véritable hémorragie. A la périphérie, il y a aussi une couronne de petites papules plates polygonales, irrégulières, à surface légèrement miroitante, sans ombilication ni stries de Wickham. Quelques lésions de même aspect mais isolées, se retrouvent à la périphérie.

Les démangeaisons sont très vives; inconstantes au début, elles sont à peu près continues à l'heure actuelle.

Traitement. — Il est fait avec le scarificateur de Vidal à double tranchant, une séance de scarifications linéaires quadrillées dans toute l'épaisseur de la zone infiltrée, scarifications rapprochées, faites suivant la technique préconisée. Une séance de radiothérapie est faite immédiatement sur la zone scarifiée. La dose fut de 5 H sans filtre avec des rayons de dureté moyenne.

Il n'a pas été ordonné d'application locale.

27 novembre 1912. — Amélioration, désinfiltration, disparition à peu près complète du prurit (chute des cheveux environnants). Même traitement que ci-dessus, scarifications, séance de radiothérapie; la dose fut 4 H sous filtre d'aluminium de 2/10^e de millimètre d'épaisseur.

14 décembre 1912. — La malade est complètement guérie, les placards sont non seulement désinfiltrés, mais il n'y a plus de papules; le prurit a complètement disparu.

Juin 1913. — La malade restée à l'hôpital dans un service de médecine n'a repris aucune lésion.

OBSERVATION II

Névrodermite circonscrite datant de six mois. — Echec du traitement local par pommade. — Scarifications, radiothérapie, guérison.

Mme veuve G..., 62 ans, est venue à la consultation de M. le professeur Nicolas, à la clinique des maladies cutanées pour une dermatose prurigineuse du cou. Le début en remonte à plus de six mois, par des démangeaisons, un placard épaissi rouge siégeant à la nuque; pas de pédiculose. Ce placard a déjà été traité par des applications locales de diverses pommades anti-prurigineuses, kératolytiques et réductrices sans amélioration aucune.

Etat actuel 24 mars 1913. — Il existe à la nuque, à 3 centimètres de la partie médiane, une lésion verticale ovale de 5 à 6 centimètres de haut, sur 4, 5 de large, constitué par un placard érythemato papuleux, le centre en est épaissi, avec une surface divisée en facettes plus ou moins polygonales et surtout losangiques par un quadrillage très accentué.

A la périphérie, il se différencie une zone plus nettement papuleuse, avec petites papules à surface aplatie, légèrement brillante, miroitante, papules sans stries de Wickham. Quelques papules existent isolées à la périphérie, de même type. Le fond de la lésion à la périphérie est érythémateux. L'aspect est celui typique de la névrodermite chronique circonscrite de Brocq.

La lésion est prurigineuse, le prurit est constant.

Traitement. — Scarifications linéaires, profondes, quadrillées suivant la technique des scarifications pour

lupus. Radiothérapie 5 H sans filtre, rayons de dureté moyenne.

14 avril 1913. — Même traitement. La malade est très améliorée, sans prurit.

3 mai 1913. — La malade est revue complètement guérie. La lésion a disparu, il n'y a plus de prurit.

OBSERVATION III

*Névrodermite circonscrite chronique datant de 1 an et demi.
Echec du traitement local par pommades. Scarifications,
radiothérapie, guérison.*

Jeanne L..., 24 ans, entre à la clinique des maladies cutanées et vénériennes de l'antiquaille, le 21 juin 1913, pour une syphilis secondaire en pleine évolution.

Antécédents héréditaires. — Rien de particulier.

Antécédents personnels. — La malade a eu un chancre syphilitique en mars 1913. Le siège de ce chancre était à la vulve.

21 juin 1913. — On note des syphilides cutanées, papuleuses, des plaques muqueuses de la gorge.

Indépendamment de cette syphilis, la malade présente à la face interne de la cuisse un immense placard de névrodermite circonscrite chronique de Brocq, dont voici l'histoire :

Le début de la lésion, ou tout au moins l'époque à laquelle la malade a commencé à souffrir de démangeaisons vives à ce niveau, remonte à plus d'un an et demi. La malade ne peut préciser l'aspect du début; elle a eu à différentes

reprises des pertes blanches, mais a toujours eu une hygiène génitale rigoureuse.

Etat actuel. — A la racine de la cuisse droite, sur la face antérieure, sur la face interne, remontant du côté du pli inguinal et génito-crural, existe un vaste placard ovalaire de 10 à 12 centimètres de diamètre, papuleux et pigmenté. La surface est sèche, légèrement rouge, avec par places, un quadrillage par accentuation des plis de la peau, mais surtout couvert sur la presque totalité de papilles dures, assez surélevées, plus ou moins losangiques à surface aplatie, miroitantes, sans dépression centrale ni stries de Wickham. Pas de desquamation vraie par le grattage. Il existe un prurit extrêmement intense, empêchant la malade de dormir. La malade est mise au traitement général et local classique des névrodermites. Les préparations de Vidal, de Brocq, aux trois acides sont utilisées.

26 janvier 1914. — Malgré un traitement de plus de six mois, la malade n'a aucune amélioration de son placard de névrodermite. Elle se décide enfin à se soumettre au traitement qui lui avait été proposé de radiothérapie sur scarifications.

On lui fait immédiatement une séance de scarifications profondes, linéaires et quadrillées, suivie d'une séance de radiothérapie 5 H. sans filtre, avec des rayons de dureté moyenne.

12 février 1914. — Même traitement. La malade est très améliorée, le prurit a disparu.

19 mars 1914. — Le grand placard de névrodermite est complètement guéri. On fait le même traitement que précédemment sur un petit îlot oublié dans les poils.

30 mars 1914. — La malade ne présente plus aucune lésion.

Nous en rapprocherons le cas d'une malade dont malheureusement nous avons égaré l'observation détaillée ; il s'agissait d'une malade présentant une névrodermite circonscrite de la nuque datant de plusieurs mois, déjà traitée par des applications locales de diverses pommades et qui a guéri après trois séances de scarifications avec trois séances de radiothérapie immédiate.

Dans ses quatre cas, il s'agit indiscutablement de placards de lichen simplex chronique de Vidal, de névrodermite chronique circonscrite de Brocq et non d'une simple lichenification à la suite d'une dermatose érythémateuse, prurigineuse, eczéma, parakératose psoriasiforme, pédiculose ou autre. On y retrouve rapportés très exactement les caractères les plus typiques de cette affection. La disposition en placards, avec au centre une zone épaissie infiltrée, portant à sa surface des sillons qui la découpent en carrés, rectangles ou losanges ; autour d'elle, une zone papuleuse à éléments aplatis, légèrement surélevés, à contours mal limités ; enfin, à la partie externe et isolées en général, des papules plus petites, roses et à surface aplatie, souvent très peu marquées, traduisant une hypertrophie papulaire commençante.

Alors que des cas précédents avaient été traités par les scarifications ou la radiothérapie en ne donnant pas toujours des résultats heureux, ou tout au moins sans de nombreuses séances, alors que, chez nos malades, le traitement général et local par les diverses pommades n'avait amené aucune améliora-

tion, nous avons eu, par notre méthode, une amélioration des plus marquées, dès le début, tant au point de vue prurit que des infiltrations et disparition des lésions et nous avons obtenu une guérison complète en trois semaines à un mois.

De plus, en suivant exactement la technique employée, aucun accident n'est à craindre au point de vue radiothérapique.

CONCLUSIONS

I. — Le traitement des névrodermites circonscrites chroniques par la radiothérapie sur scarifications constitue une méthode originale, bien que l'une et les autres aient déjà été employées séparément.

II. — Cette méthode, pour donner de bons résultats, doit être appliquée suivant la technique bien précisée par MM. Moutot et Jaubert.

Les points essentiels de cette technique ont trait :

1) Au mode opératoire des scarifications, suivant le type des scarifications linéaires quadrillées du loup.

2) A l'hémostase soigneuse.

3) Aux séances de radiothérapie suivant immédiatement les scarifications.

III. — Cette méthode nous a semblé supérieure à

toutes les autres (pommades, emplâtres, médicaments internes, scarifications simples, électrothérapie, radiothérapie). D'une façon générale, c'est elle qui donne les meilleurs résultats sans récidence. Dans nos cas la guérison a été obtenue en deux à trois séances.

IV. — L'indication de choix est la forme circonscrite des névrodermites ou lichen simplex chronique de Vidal.

Le Président de la Thèse,
NICOLAS.

Vu :
Le Doyen,
L. HUGOUNENQ.

Vu :
ET PERMIS D'IMPRIMER
Lyon, le 30 mars 1914.
LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- AUDRY et NICOLAS — Traitement des maladies cutanées et vénériennes. Bibl. Gilbert et Carnot, 1909.
- ALIBERT. — Traité des dermatoses, 1832.
- BALZER et MERCIER. — *Annales de dermatologie*, 1898.
- C. BARBE. — Diagnostic et traitement des maladies de peau.
- BAZIN. — Leçons sur les affections cutanées, Paris 1865.
- BAZIN. — Affections génériques de la peau, Paris 1862.
- BAZIN. — *Dictionnaire encyclopédique*, article Lichen, Paris, 1869.
- BECLÈRE. — Société de Dermatologie, 9 janvier 1902.
- BESNIER, BROcq et JACQUET. — Pratique dermatologique, 1902.
- BIETT. — *Dictionnaire de Médecine* en 30 volumes, 1838, t. XVIII.
- BOUCHARD-GAUCHER. — Sémeiologie de la peau.
- L. BROcq. — Traitement des dermatoses.
- L. BROcq. — *Traité élémentaire de dermatologie pratique*, 1907.
- L. BROcq et JACQUET. — *Précis élémentaire de dermatologie*, 1903.

- L. BROCC et JACQUET. — *Annales de dermatologie*, février-mars, 1891-92-96.
- L. BROCC et SIMON. — Consultations dermatologiques, 1911.
- BROUARDEL et GILBERT. — *Traité de médecine et de thérapeutique*, chap. maladies de la peau, 1905.
- CAZENAVE et SCHEDEL. — *Abrégé pratique des maladies de la peau*, Paris, 1847.
- CASENAVE. — Leçons sur les maladies de la peau.
- DARIER. — *Précis de dermatologie*, 1909.
- DEVERGIE. — *Traité pratique des maladies de peau*, 1865.
- DUBREUILH. — *Précis de dermatologie*.
- GAUCHER. — *Maladies de la peau*. Bibl. Gilbert et Thoinot, 1909.
- GIBERT. — *Traité pratique des maladies de la peau*, 1865.
- HALLOPEAU et LEREDDE. — *Précis de dermatologie*, 1900.
- HARDY. — *Traité des maladies de peau*.
- HEBRA. — *Traité des maladies de la peau*, traduit par Doyon, Paris 1869.
- JACOBI. — Atlas des maladies de la peau, trad. par Dubois-Havenith, 1904.
- JACOD. — *Dictionnaire de Médecine*. Article Lichen, 1875.
- LEREDDE. — Thérapeutique des maladies de la peau.
- MOUTOT et JAUBERT DE BEAUJEU, *Lyon Médical*, 16 décembre, 1913.
- MRACEK-HUDELO. *Atlas. Manuel des maladies de la peau*, 1905.
- A. NEISSER. — *Archives für dermat. med Syphil.*, 1894.
- A. NEISSER. — *Dermatitiden mit spezifischer Epithelalteration*.
- PIERRELEONE-TOMMASOLI. — *Giornale ital. della malattia venerea e della pelle* 1893.
- ROBIN. — Thérapeutique appliquée.
- SOURDEAU. — L'ionisation en dermatologie, 1908.
- TABART. — Thèse de Paris, 1893.
- THIBIERGE. — Maladies cutanées. *Traité de médecine*, Bouchard et Brissaud, 1899.

TOUTON. — *Archives für dermat. med. Syphil.*, 1895.

TREMOLIÈRE. — *Nouvelle Pratique M. C.*, art. névrodermique.

UNNA. — *Thérapeutique des maladies de la peau*, trad. par Doyon, 1908.

VAUDET. — *Technique précise de radiothérapie*.

WILSON. — *Lectures on eczéma*, London 1870.

WICKAM et DEGRAIS. — *Traitement des névrodermites par radiumthérapie*, 1912.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
AVANT-PROPOS	9
CHAPITRE PREMIER. — Les lichens.....	11
CHAPITRE II. — La névrodermite circonscrite chronique	13
CHAPITRE III. — Les traitements.....	19
CHAPITRE IV. — Historique.....	27
CHAPITRE V. — Technique.....	33
CHAPITRE VI. — Observations. Discussion.....	43
